

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola | Wartość |
|--|---|
| Imię: | |
| Drugie imię: | |
| Nazwisko: | |
| Imię ojca: | |
| PESEL: | |
| Data urodzenia: | |
| Płeć: | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |
| Dowód osobisty – Seria (o ile dotyczy): | |
| Dowód osobisty – Numer (o ile dotyczy): | |
| Dowód osobisty – Wydany przez (o ile dotyczy): | |
| Dowód osobisty – Data wydania (o ile dotyczy): | |

ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola | Wartość |
|--------------|---------|
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |

| | |
|-----------------------------|--|
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś |
| Nr telefonu: | |
| Adres e-mail: | |

II. DANE PODOPIECZNEGO

Nie dotyczy

| Nazwa pola | Wartość |
|---------------------------------------|---|
| Imię: | |
| Drugie imię: | |
| Nazwisko: | |
| Imię ojca: | |
| PESEL: | |
| Data urodzenia: | |
| Płeć: | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |
| Dowód osobisty – Seria dowodu: | |
| Dowód osobisty – Numer dowodu: | |
| Dowód osobisty – Wydany przez: | |
| Dowód osobisty – Data wydania: | |

ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola | Wartość |
|---------------------|---------|
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |

| | |
|----------------------|--|
| Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |
| Nr telefonu: | |
| Adres e-mail: | |

OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA

Przedstawicielem ustawowym

Opiekunem prawnym:

| Nazwa pola | Wartość |
|--|---------|
| Postanowieniem Sądu Rejonowego: | |
| Z dnia: | |
| Sygnatura akt: | |

Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

| Nazwa pola | Wartość |
|-------------------------|---------|
| Imię i nazwisko: | |
| Z dnia: | |
| Repetitorium nr: | |

III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

| Nazwa pola | Wartość |
|------------------------------------|---|
| Stopień niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy |
| Grupa inwalidzka: | <input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| Niezdolność: | <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy |

Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:

- Tak
 Nie dotyczy

IV. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
 Inna dysfunkcja narządu ruchu
 Dysfunkcja narządu wzroku
 Dysfunkcja narządu słuchu i mowy
 Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
 Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
 Inny / jaki?

V. SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
 Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
 Bezrobotny poszukujący pracy
 Rencista poszukujący pracy
 Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
 Dzieci i młodzież do lat 18
 Inne / jakie?

VI. SYTUACJA MIESZKANIOWA – ZAMIESZKUJE

- samotnie
 z rodziną
 z osobami niespokrewnionymi

VII. OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ ORAZ OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI ICH DOCHODÓW NETTO

Przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał (trzy miesiące) poprzedzające miesiąc, w którym składany jest wniosek (netto).

| Lp. | Imię i nazwisko | Stopień pokrewieństwa | Stopień niepełnosprawności | Dochód miesięczny netto |
|-----|-----------------|-----------------------|----------------------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VIII. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:

- nie korzystałem
 korzystałem

IX. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia |
|--------------------|----------|---------------------|----------------------|------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---------|
| Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania: | |
| Przewidywany koszt realizacji zadania (100%): | |
| Słownie: | |
| Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON: | |
| Słownie: | |
| co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania: | |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Deklarowane środki własne: | |
| Inne źródła finansowania: | |

II. UZASADNIENIE

III. WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

| Nazwa pola | Wartość |
|--|---------|
| Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier: | |
| Miejsce realizacji zadania: | |
| Termin rozpoczęcia: | |
| Przewidywany czas realizacji: | |

IV. OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**DANE RACHUNKU BANKOWEGO**

na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

| Nazwa pola | Wartość |
|---------------------------|---------|
| Numer rachunku bankowego: | |
| Nazwa banku: | |

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił: zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

| Miejscowość | Data | Podpis Wnioskodawcy |
|-------------|------|---------------------|
| | | |